

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 88

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CHEZ LE NOURRISSON
DE
CERTAINES FORMES D'INTOLÉRANCE
POUR LE LAIT
traitées par les injections sous-cutanées
de lait maternel

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Mai 1921

PAR

HURÉ (Aubin-Fernand-Jean-Léopold)

Né à Riceys (Aube), le 1^{er} mars 1887

Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

DUCAMP, professeur, *Président*.

VIRÉ, professeur.

LEENHARDT, agrégé.

P. DELMAS, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CHEZ LE NOURRISSON
DE
CERTAINES FORMES D'INTOLÉRANCE POUR LE LAIT
traitées par les injections sous-cutanées
de lait maternel

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 88

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CHEZ LE NOURRISSON
DE
CERTAINES FORMES D'INTOLÉRANCE
POUR LE LAIT
traitées par les injections sous-cutanées
de lait maternel

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Mai 1921

PAR

HURÉ (Aubin-Fernand-Jean-Léopold)

Né à Riceys (Aube), le 1^{er} mars 1887

Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ DUCAMP, professeur, *Président*.
VIRES, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
P. DELMAS, agrégé. }

Assesseurs



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	GRYNFELTT.
Physique médicale.....	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique.....	GRANEL.
Microbiologie.....	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE.
Pathologie interne.....	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène.....	VIRES.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	DUCAMP.
Clinique obstétricale.....	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique.....	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MAIRET.
Clinique gynécologique.....	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.
Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées...	MARGAROT.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale.....	ETIENNE.
Accouchements.....	DELMAS (P.).
Pharmacologie.....	GALAVIELLE.
Matière médicale.....	CABANNES.
Stomatologie.....	WATON.

Agrégés en exercice

	MM. LEENHARDT.		MM. RICHE.
Médecine.....	GAUSSEL.	Chirurgie.....	ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.).
Anatomie.....	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Chimie.....	DELMAS (J.).	Physique.....	CABANNES.
	MESTREZAT.		PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. DUCAMP, prof., <i>président</i> .	MM. LEENHARDT, <i>agrégé</i> .
VIRES, professeur.	P. DELMAS, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie cette thèse, bien faible
hommage de ma profonde affection
et de mon infinie reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TOMBÉS GLORIEUSEMENT POUR LA FRANCE

J. HURÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui me fait le grand honneur
d'accepter la présidence de mon
jury de thèse.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

*Qu'il me soit permis de le
remercier ici pour la bienveillance
avec laquelle il m'a toujours reçu
et pour les conseils éclairés qu'il
n'a cessé de me prodiguer.*

A MES MAÎTRES

A MES JUGES

J. HURÉ.

AVANT-PROPOS

Arrivé au jour depuis si longtemps désiré de notre thèse inaugurale, nous ne saurions manquer à l'occasion qui s'offre à nous de remercier publiquement nos Maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier dont la renommée, à juste titre si répandue, nous a, au lendemain de la guerre, attiré sur ses bancs. Nous n'oublions pas que c'est grâce à leurs conseils éclairés que nous avons pu acquérir les quelques connaissances qui ont fait de l'étudiant d'hier le médecin d'aujourd'hui, que, par leur exemple, ils nous ont permis de comprendre quelles étaient les qualités requises de tout médecin digne de ce nom, et, par là même, nous ont appris à aimer la médecine.

Comme tous nos camarades mobilisés dans les unités combattantes, nous leur sommes redevable, non seulement de la bonne graine qu'ils ont su ainsi faire germer dans notre esprit, mais encore et surtout d'avoir rénové un terrain laissé en friche pendant la longue période des hostilités.

A tous ces titres ils ont droit à nos sentiments de gratitude et nous sommes heureux de leur en faire part ici.

Nous sommes particulièrement reconnaissant à M. le professeur agrégé Leenhardt d'avoir bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous guider dans l'exécution de ce modeste travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CHEZ LE NOURRISSON
DE
CERTAINES FORMES D'INTOLÉRANCE
POUR LE LAIT
traitées par les injections sous-cutanées
de lait maternel

INTRODUCTION

« Depuis quelques années la thérapeutique a vu surgir et se développer une méthode nouvelle, qui se propose de combattre des maladies très diverses par l'introduction dans l'organisme d'albumines hétérogènes. »

Ces quelques lignes, empruntées à l'étude si riche en documentation de MM. F. Widai, Abrami et Brissaud, délimitent d'une façon à la fois simple et précise le domaine d'une thérapeutique, destinée à corriger les perturbations apportées dans l'équilibre colloïdal de nos protoplasmas par l'introduction dans l'économie d'un antigène qui, fait curieux, est lui aussi constitué le plus souvent par une albumine étrangère.

C'est donc là en quelque sorte un retour à la médication homéopathique et tout au moins une application nouvelle d'une des lois fondamentales de la doctrine séculaire de notre Ecole montpelliéraine : la loi du « Similia similibus ».

Il n'entre pas dans nos vues d'aborder en quelques pages le grand problème de l'anaphylaxie ; il nous a paru cependant intéressant de rapporter les résultats obtenus par l'emploi d'une méthode que M. le professeur Weill (de Lyon) a eu le premier le mérite de faire connaître, dans le traitement de manifestations qui, tant par leur symptomatologie que par leur rétrocession devant une thérapeutique sensiblement analogue, rappellent les phénomènes connus depuis la découverte de Ch. Richet sous le nom d'accidents anaphylactiques.

Nous nous proposons donc simplement d'exposer les troubles observés chez nos petits malades, de rappeler brièvement les quelques hypothèses qui peuvent éclairer leur pathogénie et d'indiquer, après d'autres, quels sont les résultats qu'on est en droit d'attendre de moyens thérapeutiques qui, sans être nouveaux, n'occupent pas encore dans la pratique la place qui leur revient de par leur efficacité, la simplicité de leur technique et leur innocuité absolue.

ETUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Quoi qu'en puisse faire préjuger le terme un peu prétentieux de « choc anaphylactique », les troubles qui font l'objet de notre étude sont loin de présenter au complet le cortège des manifestations morbides qu'on est accoutumé à rencontrer dans cet ordre de faits. La symptomatologie en est au contraire très fruste et, si l'attention de l'observateur n'était particulièrement attirée de ce côté, il laisserait passer sans leur attribuer leur véritable origine des désordres qui pourraient lui en imposer pour des troubles digestifs. Tout se borne en somme à de simples régurgitations survenant sans nausée prémonitoire, sans effort, sans quinte de toux, sans que rien même puisse les faire prévoir. Ces régurgitations qui, dans la plupart des cas, se produisent immédiatement après la tétée et, plus rarement, dans l'intervalle de deux prises de lait, peuvent présenter une notable inconstance dans leurs manifestations : alors que, le plus souvent, elles succèdent à toutes les tétées, on ne les observe parfois qu'après une ou deux tétées au cours de vingt-quatre heures ; elles sont exceptionnellement plus rares dans les cas tout à fait frustes. Ces régurgitations n'ont

rien de comparable aux vomissements proprement dits et, dans certains milieux où les enfants ne sont pas suivis de très près, elles sont acceptées, pourrait-on dire, comme un phénomène normal : on voit apparaître sur les lèvres du nourrisson, puis s'écouler en bavant sur son menton, une petite quantité de lait qui ne dépasse pas ordinairement la valeur d'une cuillerée à soupe et qui parfois contient quelques grumeaux.

Si nous exceptons ces légers troubles, l'examen de l'appareil digestif ne procure que peu ou pas de faits dignes d'être retenus : on ne rencontre ni dilatation d'estomac, ni fermentations anormales, ni météorisme abdominal, ni signes d'entérite ; les fonctions du tractus gastro-intestinal en entier s'accomplissent de façon normale : la diarrhée est exceptionnelle, en tout cas celle-ci cède facilement aux moyens ordinaires ; l'examen des fèces démontre parfois la présence de quelques grumeaux, indiquant une digestion incomplète, les selles conservant le plus souvent leur coloration normale pour ne prendre une teinte verdâtre que dans un petit nombre de cas. Chez certains sujets au contraire, mais plus rarement, on peut noter un certain degré de constipation.

L'état général est exceptionnellement touché, l'enfant ne maigrit pas et poursuit son développement d'une façon satisfaisante, aucun retard n'est apporté dans l'évolution de ses divers appareils et dans l'établissement de ses fonctions de la vie de relation ; on observe seulement un peu d'agitation, soit de jour, soit de nuit, qui se manifeste par des mouvements désordonnés et par de légers cris, et qui a surtout pour effet de priver le bébé d'une partie de son sommeil, sans qu'il présente jamais ce facies si caractéristique de l'enfant qui souffre.

L'examen somatique le plus attentif ne permet de

déceler aucun signe de carence, à plus forte raison n'observe-t-on jamais de ces cas de cachexie rapide, d'athrepsie qui sont l'apanage et la signature même de la redoutable gastro-entérite du nourrisson.

Le diagnostic est donc relativement facile; il serait par contre erroné de croire que chaque fois qu'un bébé présente des manifestations d'ordre gastro-intestinal nous nous trouvions en présence de manifestations anaphylactiques; celles-ci constituent en réalité une très minime proportion des cas d'intolérance pour le lait et, comme nous le faisait remarquer à juste titre M. le professeur Leenhardt, une observation rigoureuse des faits est nécessaire pour bien faire le départ de ce qui revient en réalité à des accidents de cet ordre et des cas beaucoup plus nombreux attribuables à un vice d'alimentation; on peut même dire qu'on ne doit considérer comme relevant de ce facteur étiologique que ceux dont on n'a pu faire la preuve d'une autre façon.

Il est incontestable, en effet, que l'immense majorité des nourrissons présentant des troubles d'origine digestive doivent être classés dans le groupe des suralimentés. Cette proposition universellement admise est vérifiable dans tous les milieux sociaux et quel que soit le mode d'alimentation; elle ne peut être que renforcée, lorsque, comme c'est notre cas ici, on n'envisage que les enfants nourris au sein.

Il est donc indispensable, avant d'instituer une thérapeutique quelconque, de se prémunir contre cette cause d'erreur en mettant le petit malade au régime qui, quantitativement, correspond à son poids. Cela étant fait, et si les troubles survivent à l'instauration d'une diététique bien comprise, mais alors seulement, il nous sera permis d'orienter nos recherches d'un autre côté.

La pratique journalière nous fournit un contrôle indéniable de ces assertions sur lesquelles il est inutile d'insister outre mesure. L'évolution des quelques phénomènes morbides en cause est de courte durée et le pronostic en est particulièrement bénin : sans aucun traitement nous assisterions en quelques semaines, trois ou quatre mois au plus, à la disparition progressive puis à la cessation complète des régurgitations qui en somme constituaient le point capital de notre symptomatologie. Le traitement en porte l'évolution à quelques jours. Enfin pour l'avenir le sujet n'est entaché d'aucune susceptibilité du côté de son appareil digestif, les fonctions du tractus gastro-intestinal se trouvent restituées dans leur intégrité la plus absolue.

La lecture des observations qui suivent et qui sont dues à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé Leenhardt permettra, mieux que ne pourrait le faire la description la plus détaillée, de se rendre compte, d'une façon très précise, à la fois et des signes cliniques et de l'évolution de cette affection ainsi que de la valeur thérapeutique des moyens qu'on lui oppose.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

L. D., née le 27 décembre 1919.

Premier enfant. Née à terme. Nourrie au sein. Alimentation bien réglée. Vomit après les tétées, présente des grumeaux dans les selles ; l'enfant est cependant bien portante.

3 février 1920 : 3.240 gr.

10 février 1920 : 3.360 gr.

Vomit toujours après les tétées.

17 février 1920 : 3.790 gr.

24 février 1920 : 4.020 gr.

9 mars 1920 : 4.420 gr.

30 mars 1920 : 4.970 gr.

Vomit toujours après les tétées. On pèse les tétées.

6 avril 1920 : 5.160 gr.

Prend de 105 gr. à 130 gr. par tétée. Vomit toujours. Première injection de lait : 1 cc. Réaction locale et malaise pendant 24 heures. Dès le lendemain ne vomit plus du tout.

20 avril 1920 : 5.280 gr.

4 mai 1920 : 5.650 gr.

25 mai 1920 : 6.050 gr.

8 juin 1920 : 6.280 gr.

22 juin 1920 : 6.540 gr.

Ne vomit plus depuis longtemps. Etat général très satisfaisant.

9 novembre 1920 : 8.000 gr.

L'enfant suivie régulièrement prospère bien.

OBSERVATION II

E. V., né le 30 décembre 1919.

Premier enfant né à terme. Nourri au sein. Alimentation bien réglée : 90 gr. par tétée. Vomit après chaque tétée et présente des grumeaux jaunes dans les selles.

10 février 1920 : 3.390 gr.

17 février 1920 : 3.530 gr.

24 février 1920 : 3.680 gr.

9 mars 1920 : 4.000 gr.

23 mars 1920 : 4.150 gr.

30 mars 1920 : 4.340 gr.

Prend de 70 à 100 gr. par tétée.

6 avril 1920 : 4.450 gr.

L'enfant continue à régurgiter après chaque tétée.

1^{re} injection de lait : 1 cc. Aucune réaction.

9 avril 1920 : 4.490 gr.

2^e injection de lait : 3 cc. Aucune réaction, mais vomit davantage ce jour-là.

27 avril 1920 : 4.930 gr.

4 mai 1920 : 5.500 gr.

Ne vomit plus du tout depuis 4 jours.

18 mai 1920 : 5.500 gr.

25 mai 1920 : 5.670 gr.

15 juin 1920 : 6.230 gr.

29 juin 1920 : 6.430 gr.

13 juillet 1920 : 6.820 gr.

L'enfant suivi régulièrement augmente normalement de poids et n'a plus jamais vomi.

OBSERVATION III

L. G., née le 4 mars 1920.

Neuvième enfant. Un seul mort de convulsions (?) Née à terme. Nourrie au sein. Alimentation bien réglée. Vomit après chaque tétée, présente des grumeaux dans les selles. Ces mêmes accidents ont été observés jusqu'à l'âge de 3, 4 ou 5 mois chez tous les enfants précédents également nourris au sein.

27 avril 1920 : 4.910 gr.

11 mai 1920 : 4.940 gr.

18 mai 1920 : 5.000 gr.

25 mai 1920 : 4.930 gr.

Régurgite toujours après chaque tétée. La mère donne de 100 à 125 gr. par tétée. Première injection de lait de 1 cc. Aucune réaction.

1^{er} juin 1920 : 4.845 gr.

L'enfant vomit un peu moins.

15 juin 1920 : 5.045 gr.

Une deuxième injection de lait de 3 cc. est faite, car l'enfant vomit toujours mais en moins grande abondance. Pas de réaction après cette réinjection.

22 juin 1920 : 5.300 gr.

L'enfant a moins vomé encore. Mais la mère doit quitter Montpellier ; l'enfant n'a plus été suivie.

OBSERVATION IV

G. M., née le 22 février 1920.

Premier enfant, née à terme. Nourrie au sein.

Alimentation mal réglée. Vomit très souvent après les tétées.

18 mai 1920 : 4.350 gr.

25 mai 1920 : 4.465 gr.

1^{er} juin 1920 : 4.630 gr.

Vomit toujours après les tétées. On pèse les tétées pour régler l'alimentation.

8 juin 1920 : 4.740 gr.

Prend de 60 à 80 gr.

15 juin 1920 : 4.940 gr.

1^{re} injection de lait de 1 cc. Aucune réaction.

22 juin 1920 : 5.120 gr.

Ne vomit presque plus.

29 juin 1920 : 5.170 gr.

6 juillet 1920 : 5.250 gr.

L'enfant ne vomit plus.

L'enfant suivie régulièrement ne vomit plus après une seule injection et prospère bien.

5 octobre 1920 : 6.450 gr.

OBSERVATION V

E. P., née le 1^{er} mars 1920.

Premier enfant. Née à terme. Nourrie au sein. Bien réglée. Prospère bien, mais vomit après chaque tétée.

18 mai 1920 : 4.280 gr.

25 mai 1920 : 4.430 gr.

1^{er} juin 1920 : 4.530 gr.

L'enfant vomit après chaque tétée.

8 juin 1920 : 4.540 gr.

Prend de 90 à 105 gr. par tétée. Reçoit une injection de lait de 1 cc. Pas de réaction.

15 juin 1920 : 4.890 gr.

L'enfant vomit moins, bon état général, selles un peu grumeleuses.

22 juin 1920 : 4.910 gr.

Reçoit une 2^e injection de 3 cc. Pas de réaction.

29 juin 1920 : 5.220 gr.

Les vomissements et la diarrhée verte ont cessé.

6 juillet 1920 : 5.310 gr.

13 juillet 1920 : 5.515 gr.

L'enfant prospère bien et ne régurgite plus.

31 août 1920 : 6.250 gr.

19 octobre 1920 : 6.650 gr.

11 janvier 1921 : 7.490 gr.

L'enfant suivie régulièrement ne présente plus rien d'anormal.

OBSERVATION VI

A. C., née le 17 août 1920.

Premier enfant. Née à terme. Nourrie au sein. Alimentation bien réglée le jour, mal réglée la nuit. Vomit après les tétées.

28 septembre 1920 : 3.815 gr.

5 octobre 1920 : 3.830 gr.

Vomit toujours après les tétées.

12 octobre 1920 : 4.000 gr.

Prend 90 gr. par tétée en moyenne.

26 octobre 1920 : 4.420 gr.

Vomit toujours. Reçoit une première injection de lait de 1 cc. Pas de réaction, mais vomit toujours autant.

9 novembre 1920 : 4.700 gr.

A reçu 4 jours après la première injection une deuxième injection de 4 cc. non suivie de réaction.

Vomit pendant les jours qui suivent.

16 novembre 1920 : 4.850 gr.

Vomit moins.

30 novembre 1920 : 5.200 gr

Ne vomit plus du tout.

7 décembre 1920 : 5.300 gr.

14 décembre 1920 : 5.410 gr.

28 décembre 1920 : 5.500 gr.

4 janvier 1921 : 5.850 gr.

La guérison s'est maintenue, état général très satisfaisant.

OBSERVATION VII

L. G., née le 25 avril 1920.

Deuxième enfant. Née à terme. Nourrie au sein. Alimentation bien réglée le jour, mal réglée la nuit.

Enfant bien portante.

Régurgite très souvent après les tétées:

5 octobre 1920 : 5.540 gr.

12 octobre 1920 : 5.575 gr.

Vomit après chaque tétée.

19 octobre 1920 : 5.600 gr.

Même état.

2 novembre 1920 : 5.805 gr.

Vomit toujours. On pratique une injection de lait de 1 cc. qui a occasionné pendant les 24 heures suivantes une légère fièvre et un peu d'agitation, mais les régurgitations diminuent de fréquence.

9 novembre 1920 : 5.740 gr.

Ne régurgite plus qu'une fois par jour.

23 novembre 1920 : 6.070 gr.

Ne régurgite plus du tout.

L'enfant est bien portante dans la suite et ne présente plus aucun phénomène d'intolérance.

OBSERVATION VIII

P. R., né le 16 août 1920.

Deuxième enfant. Né à terme. Alimentation mixte

(sein et lait de vache) bien réglée. Régurgite après chaque tétée (sein ou biberon).

19 octobre 1920 : 3.735 gr.

On invite la mère à cesser les biberons et à peser les tétées.

26 octobre 1920 : 3.670 gr.

Chaque tétée donne de 75 à 80 gr.

9 novembre 1920 : 3.810 gr.

L'enfant régurgite toujours. On pratique une première injection de lait maternel de 1 cc. non suivie de réaction et une deuxième injection de 3 cc. trois jours après, également sans réaction ; l'enfant vomit beaucoup moins.

16 novembre 1920 : 3.970 gr.

Bon état. Ne vomit plus du tout.

OBSERVATION IX

E. B., née le 30 décembre 1920.

Premier enfant. Née à terme. Nourrie au sein. Bien réglée. A présenté des grumeaux dans les selles dès la naissance.

15 février 1921 : 3.880 gr.

22 février 1921 : 4.030 gr.

1^{er} mars 1921 : 4.100 gr.

L'enfant prend environ 100 gr. par tétée.

8 mars 1921 : 4.340 gr.

22 mars 1921 : 4.740 gr.

Prospère bien mais vomit après chaque tétée. Selles vertes.

29 mars 1921 : 4.940 gr.

Première injection de lait de 1 cc. Pas de réaction.

Vomit manifestement moins.

1^{er} avril 1921 : 5.040 gr.

Deuxième injection de 3 cc.

5 avril 1921 : 5.180 gr.

La deuxième injection, qui n'a été suivie d'aucune réaction, a fait disparaître complètement les régurgitations.

12 avril 1921 : 5.320 gr.

L'enfant ne vomit plus, les selles sont d'un beau jaune d'or.

19 avril 1921 : 5.420 gr.

PATHOGÉNIE

La genèse de ces accidents doit-elle être mise sur le compte d'une hypersensibilité aux albumines maternelles acquise par l'organisme fœtal au cours de la vie intra-utérine, ou bien ne doit-on les considérer que comme l'expression d'un simple phénomène d'intolérance? En un mot, s'agit-il de choc anaphylactique ou de « choc protéique »? C'est là un point demeuré obscur qu'il ne nous appartient pas d'élucider et qui, à l'heure actuelle, est encore l'objet de recherches de la part des auteurs qui se sont spécialement occupés de la question.

Le champ des hypothèses reste vastement ouvert, cependant celle qui nous apparaît à priori comme la plus séduisante à l'esprit serait celle qui consiste à admettre une imprégnation antigénique congénitale, une sensibilisation *ab ovo* qui nous permettraient de ranger l'ensemble des phénomènes morbides que nous observons dans le cadre des accidents anaphylactiques.

Cette interprétation est évidemment dénuée de fondement lorsque nous nous trouvons en présence de sujets soumis à un allaitement artificiel quel qu'il soit, mais elle redevient possible lorsque les accidents font leur

apparition à la suite d'ingestion de lait maternel ; dans ce cas, en effet, nous retrouvons à la fois et l'introduction d'une dose préparante d'antigènes expliquant la sensibilisation d'un organisme neuf et l'apparition des accidents dès l'administration de la dose déchainante constituée par chaque tétée. D'autre part, fait capital, nous voyons que l'injection de doses minimales intercalaires, tout comme dans l'antianaphylaxie sérique, prévient de façon constante l'apparition de tout processus pathologique, et ce de façon durable ; on pourrait alors croire que l'organisme est désensibilisé.

Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de cette interprétation qui, si elle était reconnue valable, nous porterait à concéder tout au moins une certaine analogie à ces désordres d'origine alimentaire avec les accidents sériques et à considérer le mécanisme de leur production comme étant identique à celui qui préside à l'apparition des troubles observés après une réinjection de sérum antidiphtérique par exemple.

Par contre, la théorie du « choc protéique » c'est-à-dire du processus faisant suite à l'introduction d'une première dose d'albuminoïdes, sans sensibilisation préalable, nous paraît beaucoup plus logique ; elle ne constitue, en quelque sorte, qu'une des manifestations d'un état spécial caractérisé par une prédisposition élective à l'égard de certaines substances et qui connut son heure de vogue il y a quelque vingt ans sous le nom de phénomènes d'idiosyncrasie. Il faudrait donc admettre que, chez certains sujets, sous l'influence de cette électivité, les substances antigéniques contenues dans le lait donneraient lieu à la formation d'anticorps qui, par leur union ou leur simple contact avec les premières, provoqueraient l'élaboration de produits toxiques. Cette théo-

rie a l'avantage sur la précédente d'englober tous les cas, quel que soit le mode d'alimentation.

Quant à l'hypothèse d'une intoxication d'ordre chimique à point de départ gastro-intestinal avec localisation consécutive en un point du système nerveux, elle est aujourd'hui complètement délaissée, étant données, d'une part, l'efficacité préventive de la méthode antianaphylactique générale dépourvue, comme chacun sait, de toute valeur antitoxique spécifique, et, d'autre part, l'absence de toute lésion organique décelable à l'examen le plus minutieux.

Nous n'avons pu, à notre grand regret, vérifier par les procédés de laboratoire (1) les résultats de l'examen clinique.

Il eût été intéressant de rechercher chez nos malades si les manifestations extériorisées étaient précédées d'une « crise hémoclasique », comme l'ont constaté MM. Pagniez et Pasteur Vallery-Radot dans certains cas d'urticaire géante consécutifs à l'absorption d'albumines hétérogènes ; mais la recherche des modifications sanguines, outre qu'elle eût présenté de sérieuses difficultés d'ordre technique, nous eût entraîné à des considérations qui sortent du cadre purement clinique de ce travail. Il est incontestable cependant que ces recherches hémato-logiques contribuent puissamment à la confirmation du diagnostic, mais elles ont le tort pour la plupart d'être inaccessibles au praticien ; et, dans le cas qui nous

(1) Mesure de la tension artérielle.

Recherche des troubles de la coagulation sanguine.

Numération globulaire.

Etablissement de la formule leucocytaire.

* Recherche des variations de l'index réfractométrique du sérum.

occupe, l'inconstance même des phénomènes observés en rend la pratique plus difficile encore. Elles nous paraissent plutôt relever du domaine expérimental où toute la technique peut être réglée d'avance. Et puis, n'avons-nous pas dans la méthode thérapeutique elle-même un moyen de contrôle irrécusable? N'est-ce pas ici le cas de faire nôtre l'adage cher aux vieux maîtres de cette Ecole : « Naturam morborum curationes ostendunt » ?

TRAITEMENT

En présence de tels faits, et une fois le diagnostic étiologique bien établi, la première idée qui vient à l'esprit est de supprimer l'allaitement maternel ; « *ablata causa, tollitur effectus* », pourrait-on penser ; il n'en est rien, et, dans les quelques cas où cette voie a été suivie, elle n'a apporté aucune amélioration durable ; l'organisme de l'enfant se montre, au bout de quelques jours, aussi sensible aux albumines d'origine animale qu'à celles de sa mère, ce qui, évidemment, ruine définitivement l'hypothèse que nous rapportions plus haut, relative à une sensibilisation *in utero*.

L'ingestion de peptones ou même de lait à faible dose précédant les tétées ne donne pas de meilleur résultat ; ce sont évidemment là des faits troublants et non encore élucidés ; il est probable que, dans un avenir prochain, ils recevront une solution satisfaisante.

Nous nous bornerons donc simplement à les mentionner pour nous étendre plus longuement sur le traitement qui fut mis en œuvre chez les bébés dont on vient de lire les observations, c'est-à-dire les injections sous-cutanées de lait maternel.

Il est bien entendu, comme nous le disions tout à l'heure avec insistance, qu'aucune thérapeutique n'a été instituée avant d'avoir pu éliminer d'une façon certaine le facteur vice de diététique; dans ce but la pesée des tétées a toujours été pratiquée avec soin et le régime réglé comme il convenait pour chaque enfant tant au point de vue fréquence des tétées qu'au point de vue quantité de lait prise à chacune d'elles.

Nos observations n'ont trait évidemment qu'aux cas où cette méthode de correction n'a été suivie d'aucune amélioration ou à ceux où elle n'avait pas lieu de s'exercer.

Dans ces cas, où une intervention effective s'imposait, une première injection de 1 cc. de lait maternel a été pratiquée, elle a suffi chez la plupart de nos sujets à faire disparaître les accidents; dans les quelques cas rebelles, une seconde injection de 3 cc. a été faite trois jours après; c'est là, à notre avis, la conduite de choix. Toutefois si, pour une raison indépendante du médecin, celui-ci était obligé à pratiquer cette réinjection à plusieurs jours d'intervalle, comme ce fut le cas dans les observations III et V, il ne devrait pas hésiter à le faire sans craindre de voir apparaître des phénomènes d'anaphylaxie thérapeutique qui se bornent le plus souvent à une recrudescence passagère des régurgitations et à une légère ascension thermométrique accompagnée d'un peu d'agitation nocturne, le tout faisant bientôt place à l'amendement des premiers symptômes. Il va sans dire que lors de la deuxième injection, et, *a fortiori*, lorsque celle-ci est retardée, on use de la méthode de Besredka, c'est-à-dire qu'on commence par injecter une dose minime suivie deux heures après du complément de la dose totale.

Il est à noter que, chez tous ces petits malades, des doses faibles, de beaucoup inférieures aux doses classiques, notamment à celles employées dès l'origine par M. le professeur Weill, ont suffi pour obtenir le résultat désiré; peut-être avons-nous eu affaire à des cas particulièrement heureux, en ce sens que nos sujets se sont montrés d'une sensibilité parfaite à l'égard de la méthode, car Weill conseille de pratiquer jusqu'à 6 à 8 injections à doses progressivement croissantes pouvant aller jusqu'à 10 cc. de lait. Quoi qu'il en soit, cette façon de procéder a permis d'éviter les réactions intenses et nous n'enregistrons qu'un seul cas (observation VII) où la courbe de poids accuse un fléchissement appréciable dans les jours qui suivent l'injection.

En ce qui concerne la technique de l'intervention, elle est des plus simples: le lait maternel a été employé cru, une seringue de 3 cc. constitue tout l'outillage. Après lavage du mamelon à l'alcool, on prélève par expression la quantité de lait nécessaire directement dans la seringue préalablement stérilisée et l'on fait une injection hypodermique, de préférence sous la peau du flanc. L'enfant supporte en général très bien cette petite manipulation; la réaction locale n'existe pour ainsi dire pas, à condition d'opérer sous le couvert de la plus rigoureuse asepsie.

En résumé, comme nous le disions au début de cette étude, simplicité de technique, constance des résultats, innocuité absolue de la méthode sont les trois facteurs qui militent en faveur de sa généralisation et de son adoption par le médecin dans sa pratique journalière.

BIBLIOGRAPHIE

- BESREDKA. — Anaphylaxie et antianaphylaxie (Masson, édit.).
- BORDET. — Le mécanisme de l'anaphylaxie (Soc. de biologie, 1^{re} février 1913, p. 225).
- BUDIN. — Le nourrisson.
- CORDIER. — L'anaphylaxie alimentaire (Journal de médecine de Lyon, février 1920).
- CRUVEILHIER. — Procédé de vaccination subintrante de Besredka appliqué à l'anaphylaxie lactique (C. R. Soc. de biologie).
- DEMAY (Ludovic). — Traitement des vomissements chez le nourrisson par les injections de lait (Th. Lyon, 1919).
- DUFOUR. — Sur le traitement de l'intolérance pour le lait chez le nourrisson (L'Hôpital, novembre 1919).
- HUTINEL. — Intolérance pour le lait et anaphylaxie chez le nourrisson (La Clinique, 16 avril 1908).
- LAROCHE, RICHEL et ST-GIRONS. — L'anaphylaxie alimentaire.
- LESNÉ et DREYFUS. — L'anaphylaxie alimentaire (Journal médical français, 1913).
- LUST (Eugène). — A propos des accidents anaphylactiques provoqués par le lait (Revue belge de puériculture, t. II).
- MARFAN. — La maladie des vomissements habituels (Le Nourrisson, février 1919).
- PAGNIEZ et PASTEUR VALLERY-RADOT. — Etude d'un cas d'urticaire géante : anaphylaxie et antianaphylaxie alimentaire (Presse médicale, novembre 1916).

- PIERRET. — L'intolérance du nourrisson pour le lait condensé, traitée par les injections de lait (Le Nourrisson, juillet 1920).
- RAYNARD. — Traitement, par les injections sous-cutanées de lait, du vomissement lié à l'intolérance pour le lait humain chez le nourrisson (Th. Lyon, 1919).
- RESLER (Jules). — Le traitement, par les injections sous-cutanées de lait, des troubles nerveux liés à l'intolérance pour le lait maternel chez le nourrisson (Th. Lyon, 1919).
- RICHEL. — De l'anaphylaxie alimentaire (Soc. de biologie, 14 janvier 1911, et Congrès de médecine de Londres, 1913).
- WEILL. — Traitement de l'intolérance du nourrisson pour le lait humain par l'injection sous-cutanée d'une petite dose de lait (Lyon médical, juin 1919).
- Sur certaines formes de diarrhée du nourrisson traitées par les injections de lait maternel (Lyon médical, août 1919).
 - Traitement de l'intolérance du nourrisson pour le lait par l'injection sous-cutanée de lait (Presse médicale, octobre 1919).
- WEILL et HALLÉ. — L'anaphylaxie lactée (Le Nourrisson, mars 1914).
- WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — Etude sur certains phénomènes de choc observés en clinique. Signification de l'hémoclasie (Presse médicale, avril 1920).
- Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique (Presse médicale, mars 1921).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 28 avril 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPRUVÉ :
Montpellier, le 28 avril 1921.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



